Lane Medical Lib

Medizinische Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen

Über die Behandlung des Pleura-Empyems der Grippe

Auszug aus der gleichnamigen Inaugural-Dissertation

von

STEPHAN EMIL KETTERER
aus Neustadt i. Schw.

Die Grippe-Epidemie von 1918|19 brachte bei der Häufigkeit der leura-Empyeme auch deren Behandlung wieder in den Vordergrund der rörterungen. In den vielen Abhandlungen war erfreulicherweise fest-ıstellen, daß in die mancherlei Anschauungen eine gewiße Systematik er Behandlungsmethoden trat. So wurden vor allem die Indikationen enauer präzisiert, wann zu punktieren, zu dränieren oder zu thorakoto-ieren ist.

In der Einleitung finden sich Daten über Umfang der Grippe-ıeumonien und das Zahlenverhältnis zur Empyemkomplikation. Örtliche, oziale, individuelle und konstitutionelle Verhältnisse der Erkrankten, wie e Verschiedenartigkeit der Virulenz und Symbiose der Erreger spielen ıbei die Hauptrolle. Die Epidemie des Jahres 1918 zeigt selbst wieder nen anderen Charakter hinsichtlich der Komplikationen gegenüber der es Jahres 1919/20. Die Abweichungen werden aufgezählt. Bezüglich der efährlichkeit wird festgestellt, daß das Grippeempyem eine wesentlich nstere Erkrankung darstellt, als das Empyem bei der genuinen Pneu-onie. Der Grund liegt im Wesen der Erreger. Parapneumonische bzw. rühempyeme in den ersten Tagen verlaufen schwerer und gelten als progno-isch ungünstiger als die meta- oder postpneumonischen Empyeme im egensatz zu den reinen Pneumokokken-Empyemen, wo die Verhältnisse ngekehrt liegen.

Im weiteren Verlaufe der Einleitung folgen Angaben über Befunde der serologischen und bakteriologischen Untersuchungen der Empyemflüssigkeit, über Versuche mit Praecipitin- und Agglutininreaktionen, über Ergebnisse von Blutuntersuchungen bei der Grippe und deren prognostische Verwertung.

Über die Pathogenese des Grippeempyems sind sich die verschiedenen Autoren nicht ganz einig. Perforation subpleuraler Abszesse — diese am häufigsten —, Infektion der Pleura auf dem Lymphwege, Filtration der Bakterien aus dem Blutstrom gelten als Hauptursachen für das Zustandekommen des Pleuraempyems. Alle Autoren sind sich aber darüber einig, daß das Pleuraempyem eine rein sekundäre Erscheinung ist. Eine sogenannte primäre oder idiopathische Pleuritis gibt es nicht.

Im Hauptteil werden die vielen einzelnen Behandlungsmethoden und deren Vertreter in der Reihenfolge angegeben, daß erst die rein konservativen Methodiker, dann die der Aspirations- und Ventildränage und deren Modifikationen und endlich die Anhänger der rein chirurgischen Behandlungsweise aufgeführt werden.

Zu den ersteren gehören die Methoden von Charles Jacques et Boioserie Lacroix (Verabreichung per os oder Injektion besonders präparierter Hammellungenextraktes), dann die mehrfach empfohlene Injektion von salzsaurem Vuzin (in Lösung von 1 : 1000 bis 1 : 500) in die Brusthöhle. Hierher sind auch die Kombinationsmethoden zu nehmen, die in Punktion des Exsudates und nachfolgender Injektion von ca. 100—200 ccm einer $^1/_5$%—$^1/_2$% Vuzin bzw. Eucupinlösung, die je nach Erfolg 1—2 mal zu wiederholen ist, bestehen.

Die Mitte zwischen den mehr oder weniger ausgesprochen konservativen und den operativen Methoden nehmen die am meisten angewandten Aspirations- und Dränageverfahren ein. Hier steht allen voran das als klassisch zu bezeichnende Bülausche Verfahren, das wohl am meisten angewandt und empfohlen wird.

Da die Bülausche Heberdränage aber auch nicht in allen Fällen befriedigende Resultate ergab bzw. zu geben schien, wurde es von einer Reihe namhafter Kliniker bzw. Chirurgen modifiziert, so von Forschbach, Georges, Bönninger, Reyher, Stich, Perthes, Kleinschmidt etc.

Mac Glannan, Hedblum, Tuffier, kombinieren die Heberdränage mit Spülungen von desinfizierenden Lösungen (Dakinsche Lösung, Karbolsäure-Lösung). Dieses Verfahren fand besonders in Amerika, Schweden und Norwegen Anklang.

Zum Schlusse werden ausführlich die bekanntesten Resektions-
ethoden mit und ohne Überdruckverfahren behandelt, deren hauptsäch-
hste Anhänger Odermatt, Iselin, von Beust, Groeger, Neuer, Stock,
hn und Sauerbruch sind.

Bei allen bisher angegebenen Methoden hat sich die Tatsache als
stehend herausgestellt, daß nicht die Operationsmethode allein den
iderfolg bei der Heilung bedingt, sondern daß die Nachbehandlung
enso wesentlich daran beteiligt ist. Nur in einem relativ kleinen Teil
r Methoden wird aber diesem Umstande gebührend Rechnung getragen.
i der Mehrzahl begnügt man sich meist, den restlosen Abfluß des
ters herbeizuführen und die durch die Intoxikation oder Verdrängungs-
scheinungen drohende Lebensgefahr zu beseitigen. Nur relativ wenige
id es, die in der Nachbehandlungszeit den biologischen Verhältnissen
r Lunge und Pleura genügend Wert beimessen und auf eine möglichst
itgehende Wiederentfaltung der Lunge und auf die Vermeidung der
hweren Folgezustände einer Empyemresthöhle hinarbeiten.

Auf Grund der in den angeführten Abhandlungen gemachten
fahrungen bei der Grippeempyembehandlung können folgende Grund-
tze aufgestellt werden:

1. Kleinere oder mittlere seröse oder eiterige Ergüsse, die nach Abschluß des fieberhaften Stadiums bzw. nach Ablauf der akuten Entzündungserscheinungen in der Lunge Neigung zur spontanen Resorption zeigen, läßt man unberührt.

2. Sowohl langsam steigende oder sich ungenügend resorbierende, wie auch die bedrohlich zunehmenden akut entzündlichen Ergüsse sind möglichst erst durch ein- oder mehrmalige Punktionen zu entleeren.

3. Führen die mehrfachen Punktionen nicht zum Ziele, ist der Versuch zur völligen Entleerung mit Aspirations- oder Ventildränageverfahren zu machen.

4. Stellt sich bei dieser Behandlung nach ca. dreiwöchiger Anwendung kein Erfolg ein, ist eine ausgiebige Rippenresektion mit Druckdifferenz angezeigt.

5. Bei multiplen abgekapselten Empyemen ist mit Aspirations- und Ventildränageverfahren nur schwer zum Ziel zu kommen; hier eignet sich von vornherein am besten die Rippenresektion unter

Druckdifferenz. (Beşsere Übersichtlichkeit und Zugänglichkeit zu den einzelnen Herden.)

6. Bei Empyemen mit starren Wandungen und langdauernden Empyemfisteln kommt nur die Thorakoplastik in Frage.

7. Die Rippenresektion ist, ob mit oder ohne Druckdifferenz, absolut kontraindiziert bei allen frischen, auf der Höhe der Entwicklung sich befindlichen entzündlichen Ergüssen und bei noch bestehenden Entzündungserscheinungen in der Lunge. Die bedrohlichen Erscheinungen sind hierbei nur durch ein- oder mehrmalige Punktion zu bekämpfen.